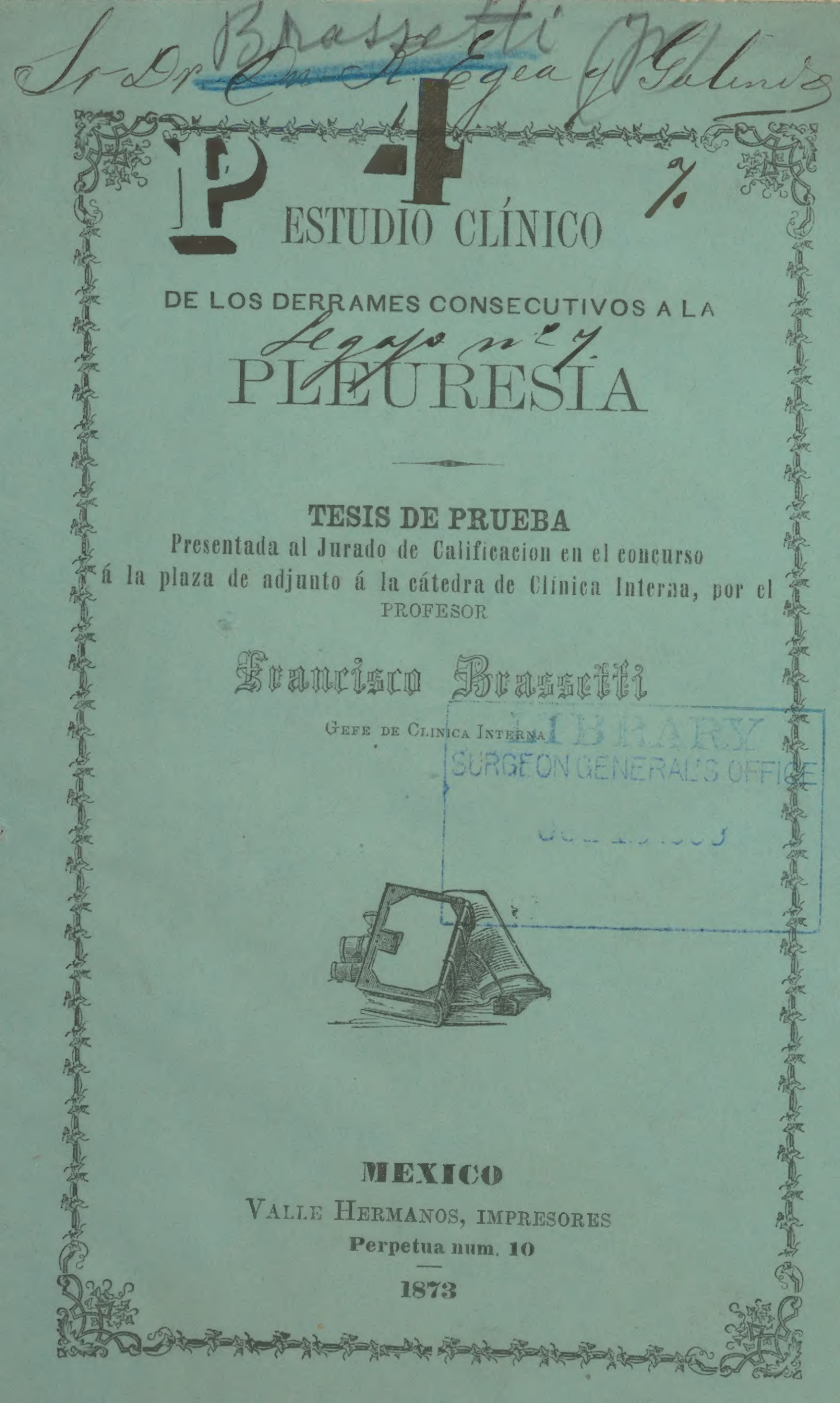


ESTUDIO CLÍNICO

DE LOS DERRAMES CONSECUTIVOS A LA

PLEURESIA

TESIS DE PRUEBA

Presentada al Jurado de Calificacion en el concurso á la plaza de adjunto á la cátedra de Clínica Interna, por el PROFESOR

Francisco Brassetti

Gefe de Clinica Interna

MEXICO

Valle Hermanos, impresores

Perpetua num. 10

1873

ESTUDIO CLÍNICO

DE LOS DERRAMES CONSECUTIVOS A LA

PLEURESIA

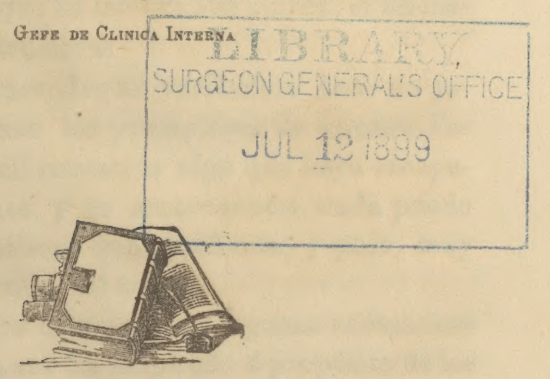
TESIS DE PRUEBA

Presentada al Jurado de Calificacion en el concurso á la plaza de adjunto á la cátedra de Clínica Interna, por el

PROFESOR

Francisco Brassetti

Gefe de Clinica Interna



MEXICO

Valle Hermanos, impresores

Perpetua num. 10

1873

Recuerdo amistoso
al Dr Egea
J. Boassith
Mayo 4/73 -

AL tomar la pluma para escribir esta Tésis de concurso, me he preguntado: cuál entre las muchas entidades patológicas que son materia de los estudios médicos, puede prestar á mi escrito mayor interes para que su lectura sea amena, si no instructiva?

Fácil es comprender mi vacilacion. Ante un jurado que forman los preceptores de nuestra Escuela, no es fácil encontrar algo que haya escapado á sus estudios, y en consecuencia nada puedo escribir que encierre una enseñanza, y poco, muy poco, que amenice mi trabajo.

Hago consistir esto poco en algunas reflexiones que la práctica me ha inspirado á propósito de los DERRAMES DE PECHO.

I

En las colecciones de la pleura, efecto ordinario de las pleuresías, hay hechos de un grande interes práctico que es preciso consignar, supuesto el vacío que se advierte en las obras clásicas.

El proceso flegmásico de la serosa pulmonar es causa comun de dos fenómenos capitales: de la produccion de elementos organizables y de la exudacion de un líquido variable, dos elementos patológicos que influyen poderosamente sobre las funciones y estructura del pulmon, entorpeciendo ó aniquilando aquellas, trasformando esta hasta inutilizar á la importante víscera.

A los elementos organizables asignaré cuatro períodos que marcan la edad de la pleuresía:

1.° Aspecto de natas fibrino-albuminosas distendidas sobre la superficie de las serosas parietal y visceral, y adhiriendo á estas debilmente.

2.° Condensacion del mismo elemento bajo la forma de falsas membranas de poca consistencia, que adhieren algo mas las hojas pleurales.

3º Organizacion fibro-celulosa de las falsas membranas.

4.° Retraccion fibrosa.

El líquido encerrado en la cavidad de las pleuras no es siempre el mismo. Al principio se le encuentra en corta cantidad y es meramente fibrino-albuminoso; mas tarde, á medida que abunda, su composicion elemental se transforma disminuyendo en cantidad algunos de sus componentes, aumentando otros, y apareciendo por último algunos nuevos como los glóbulos purulentos que le imprimen carácter.

El aumento en cantidad del líquido secretado determina *fatalmente* la inutilizacion del pulmon,

como es fácil concebir. Necesitando el líquido anormal un espacio que el organismo le niega, lo conquista del que naturalmente ocupa el pulmon, entraña que se retrae en proporcion de la fuerza que lo comprime, y que en virtud de esa retraccion cierra sus celdillas al aire atmosférico, se marchita, se inutiliza y queda por último relegado á la gotera costo-vertebral, y aun á veces reducido á su pedículo.

Quedan apuntados en palabras muy breves tres fenómenos importantísimos: la produccion de falsas membranas con sus consecuencias, la secrecion de un líquido patológico, y la inutilizacion mas ó menos absoluta del fuelle respiratorio.

Fijémonos por un momento en las diversas faces por las que puede pasar cada uno de estos fenómenos, poniendo al paciente en condiciones mas ó menos peligrosas.

Las falsas membranas pueden tapizar toda la superficie del pulmon ó encontrarse bajo la forma de bridas aisladas. En el primer caso forman al pulmon una especie de bolsa que lo envuelve por todas partes y lo aprisiona como en una red; en el segundo queda la víscera encadenada por puntos limitados que en ocasiones circunscriben pequeños derrames bajo la forma de quistes, y en otras quedan inofensivas representando pleuresías pasadas. Ya el Sr. D. Miguel Jimenez ha llamado la atencion de los prácticos hácia esas bridas que por lo comun se encuentran al nivel de la 2ª ó 3ª

costilla. En el primero y mas fatal caso la situacion del pulmon es angustiada si el tiempo ha permitido que las neo-membranas se organicen y retraigan: envuelto en su totalidad por ellas queda tan perfectamente aprisionado, que ningun esfuerzo es capaz de salvarlo de sus ataduras, y estrechado á más por esa especie de atmósfera membranosa y retractil que lo envuelve, paralizado en su accion fisiológica, sus alvéolos y vesículas quedan impermeables al aire, los bronquios disminuyen de calibre, su tejido celulo-fibroso se condensa y adquiere al fin el estado particular que designamos con el nombre de "carnificacion;" en el segundo caso la situacion es mas favorable, supuesto que el pulmon es permeable al aire por algunos de sus puntos. En una palabra, la gravedad de este estado patológico está en relacion directa de la porcion del pulmon inutilizada.

Acerca del líquido que de ordinario exhala la pleura inflamada, diré que, si la pleuresía se resuelve á buen tiempo, el derrame se reabsorve y el pulmon, distendiéndose, recobra el lugar usurpado por el líquido; pero quedan adherencias celulo-fibrosas entre las hojas de la pleura mas ó menos completas y mas ó menos resistentes, como se encuentran con frecuencia en cadáveres de personas muertas por algun accidente extraño á la pleuresía. Si pasa esta al estado crónico, el derrame persiste, las falsas membranas se organizan, y entonces, si el arte ó la naturaleza abren una sa-

lida al líquido, sucederá una de dos cosas: ó las neo-membranas que envuelven al pulmon impiden que este se distienda por ser su resistencia superior á la presion atmosférica en los bronquios, ó su organizacion es tan débil que ceden al esfuerzo del aire que tiende á equilibrarse. Si lo primero, el pulmon queda encadenado, inútil para siempre, y el enfermo por lo mismo terriblemente comprometido; si lo segundo, el pulmon se desenvuelve, reconquista el terreno que habia perdido á medida qne ceden sus lazos patológicos, y el enfermo avanza hácia la salud.

Puede suceder que la porcion de pulmon que recobra su espacio fisiológico baste para llenar más de la mitad de ese mismo espacio, y en tal caso la situacion se aproxima á la de un derrame enquistado; pero si el pulmon se distiende poco ó está del todo nulificado el derrame, á mas de comprender toda ó casi toda la cavidad de la pleura, es necesario, ni la naturaleza ni el arte le pueden dar salida.

Explicaré este hecho porque él viene á formar la esencia de la materia que me ocupa.

Un líquido acumulado dentro de la cavidad de la pleura, que ha relegado el pulmon á la gotera costo-vertebral y ha prestado elementos para la formacion de los nuevos tejidos que encadenan á la entraña en su situacion difícil, es un líquido de presencia indispensable dentro del espacio en que la naturaleza lo colocó anormalmente. Para

que de ahí saliera seria preciso, ó que el pulmon se distendiese, ó que las costillas se aplicaran contra la especie de muñon que forma la entraña carnificada, ó que el hueco fuera ocupado por el aire. Si suponemos lo primero, imposible por la perfecta organizacion de las membranas; si admitimos, como es forzoso, difícil y aun imposible que la elasticidad de las costillas se preste, sobre todo en el adulto, al hundimiento preciso; y por último, si reflexionamos en que la cavidad patológica no es verosímil pueda quedar llena de aire inofensivo, esta triple consideracion nos obliga á reconocer precisa, indispensable, *necesaria* la presencia del líquido patológico, si no queremos caer en el absurdo de suponer la posibilidad de un vacío que las leyes físicas nos declaran imposible.

Muy á la ligera indiqué cuál puede ser la naturaleza del derrame; agregaré aquí que á la pleuresía aguda corresponde el albuminoso, el fibrino-albuminoso ó el puriforme y á la pleuresía crónica el puriforme, ó el francamente purulento. Este último sufre alguna rara vez una trasformacion particular, se reabsorven los elementos del pus mediante su degeneracion grasosa, y queda solamente el suero, en otras palabras, el derrame purulento se convierte en derrame seroso.

Si la pleuresía es parcial ó circunscrita, los fenómenos patológicos serán tanto mas graves cuanto mayor sea la área que la inflamacion comprenda, supuesto que esta determina la exudacion fibro-

pláctica que es destinada á formar la bolsa quística, y el pulmon queda por ellas adherido á la pared costal contribuyendo en parte á la formacion del quiste. Tales adherencias alejan mucho en sus efectos á estos derrames limitados de los que comprenden toda la cavidad de la pleura, pues si bien es cierto que la porcion del parenquima pulmonar que contribuye á la formacion del foco no respira bien porque allí cede al líquido que lo comprime, cierto es tambien que el resto de la víscera queda en el perfecto y libre ejercicio de sus funciones. Hay todavía algo mas: la parte de pulmon que viene á ser pared del quiste sufre las consecuencias de la compresion; es decir, cede, se deprime, cierra sus vesículas, pero quitado el derrame es nuevamente permeable al aire, como se puede demostrar durante la vida por medio de la auscultacion, y despues de la muerte insuflando la entraña. Casos habrá en que el pulmon se carnifique parcialmente, como por ejemplo cuando el quiste sea voluminoso y antiguo; pero esto no constituye la regla general.

Una última circunstancia hace mas benignos los derrames parciales, y es la de que, aun cuando el pulmon esté carnificado en el lugar comprimido y en consecuencia le sea imposible distenderse por allí, las costillas pueden venir en su auxilio para expulsar al líquido retrayéndose hácia la cavidad quística, fenómeno que se concibe perfectamente, supuesto el poco espacio que tienen

que recorrer los huesos para llenar con su presencia el vacío que dejara la coleccion.

Bien conocidos son los síntomas de un derrame de pecho, completo ó enquistado; no me detendré en el estudio de cada uno de ellos, porque caeria en el estéril trabajo de repetir lo que otros han dicho, aún comprendiendo algo nuevo, algo meramente nacional que debe nuestro cuerpo de ciencia al Sr. D. Miguel Jimenez; pero sí llamaré la atencion acerca de un hecho que es de la mas alta importancia en la práctica. No siempre la manifestacion de un derrame pleural primitivo es efecto de una pleuresía franca; hay casos en que aparece como causado por una irritacion secretoria de la serosa, irritacion no bien definida y que me permitiré llamar *sui generis* en razon de que no determina adherencias. En casos de esta naturaleza inútil seria buscar algunos de los signos físicos que fundan el diagnóstico, tal por ejemplo, como la curva que traza en su límite el derrame cuando el pulmon respira, y seria fácil por lo mismo no penetrar la esencia del padecimiento, y lo que es todavía mas importante, el estado en que se encuentra el pulmon.

Debo á la amabilidad de algunos de mis comprofesores, varios apuntes históricos sobre hechos de esta naturaleza. De entre ellos me permitiré extractar uno que recogió el Sr. Villagran, y otro

que pertenece á mi fino amigo el Sr. Carmona y Valle.

El finado Sr. Villagran asistió hace algun tiempo en épocas diversas á dos niñas de una misma familia. En la primera, que contaria unos 7 años de edad, una vez diagnosticado el derrame, hizo la puncion, auxiliado por el Sr. Jimenez, y obtuvo gran cantidad de un líquido que al aire se convirtió en una especie de jalea espesa, extraido el cual permitió el desenvolvimiento completo del pulmon y el alivio definitivo de la paciente. En la segunda niña, y cuando por una inexplicable coincidencia tocaba esta á los 7 años de su vida, encontró el Sr. Villagran los mismos signos que en la anterior; es decir, los de un derrame de pecho, y en consecuencia la puncionó; pero en esta vez la cámula del trocar no dió salida al líquido y retirada que fué, se la encontró llena por un cilindro como de jalea, lo que hizo presumir que el derrame era análogo (1). Difirióse la operacion para otro dia; mas por desgracia los padres de la enfermita, que no supieron apreciar el mérito de aquel práctico que nuestra ciencia deplora, pusieron á la niña en manos de un homeópata que fué impotente para salvarla.

Los apuntes del Sr. Carmona y Valle son referentes á una señora en quien se habia diagnosticado una afeccion hepática, porque el peso del lí–

(1) El mismo fenómeno se ha verificado dos veces en derrames del peretoneo (ascitis)—Los hechos pertenecen ai Sr. Jimenez (D. Miguel) y al Sr. Larrea.

quido acumulado en la pleura derecha hacia que el hígado desbordase de las costillas. Nuestro entendido cirujano, acompañado del Sr. D. Miguel Jimenez, hizo la puncion intercostal con las reglas prescritas, es decir, luxando la piel del punto por donde se introduce el trocar para que al sacar la cánula la misma piel obture la herida impidiendo así el paso del aire, y obtuvo una copiosa cantidad de líquido, la distension consecutiva del pulmon y la salud de su enferma, como sucede en los hidrotorax sintomáticos, de afeccion orgánica del corazon, anemia ó albumeneria, cuando la ortofnéa hace indispensable la toracentesis.

Volveré á decir que hago memoria de estos hechos, porque ellos nos dicen cuán distinta es la situacion del enfermo en quien la pleuresía no ha inutilizado definitivamente al pulmon encadenándolo por bridas retráctiles, á la de aquel en quien se limitó á exhalar un líquido que puedeser extraido fácilmente.

Conviene aquí asentar dos palabras que se deben tener siempre á la memoria: *no basta diagnosticar un derrame; es preciso inquirir cuál es la naturaleza del líquido y cuál el estado en que el pulmon se encuentra.* Los libros clásicos nos enseñan con lujo de datos precisos, á conocer la existencia de una coleccion líquida entre las hojas de la pleura; pero nada dicen, y esto es importantísimo para el pronóstico, acerca de si el pulmon puede ó no desenvolverse.

No tengo la loca presuncion de poder decir: yo traigo luz para disipar las tinieblas que envuelven esta cuestion tan importante; pero sí creo que, merced á las instrucciones de mi distinguido maestro el Sr. Jimenez, puedo indicar el camino que deben pisar los prácticos para llegar algun dia al perfeccionamiento de este estudio, que se encamina á devolver la salud á muchos que hoy declaramos sin remedio porque nuestro saber es limitado.

Dos signos, aunque de mera probabilidad, son sin embargo buenos para que el práctico *sospeche* por ellos cuál sea la naturaleza del derrame. Estos signos son: la calentura y la edad de la pleuresía. Acerca del primero, diré que mis observaciones termométricas conducen á estas conclusiones: Si la columna de mercurio oscila entre 38 y 39 grados, y esa oscilacion es sostenida, puede temerse que la coleccion sea purulenta; si el termómetro revela exacervaciones vespertinas ó nocturnas que levanten la columna termométrica hasta los 40 grados, la sospecha será mas viva; si el fastigium fluctúa entre 37 y 38 grados, será puriforme: entre 37 y fracciones, no alcanzando á 38, es de presumir un derrame seroso.

Repito que estos datos son importantes, sobre todo cuando los robustecen el conmemorativo, estado general del paciente, época de su enfermedad, etc.; sin embargo de que, aún así, no se les puede considerar sino como probables. El dato

único de certidumbre es la punsion esploratriz.

El segundo punto, cuyo esclarecimiento es de altísima importancia, debe ocuparme algo mas, pues mientras el práctico no sepa si el pulmon puede ó no desenvolverse despues de extraido el líquido, difícil le será formular su pronóstico, y mas difícil trazarse un plan terapéutico. Saber, ó cuando menos sospechar la naturaleza del líquido que guarda la pleura, es ya mucho, puesto que por induccion patológica muy clara está ya en posibilidad de prever los accidentes generales que puede ocasionar la coleccion morbosa; pero inquirir el estado en que el pulmon se encuentra, es todavía mas necesario. Supongamos, en efecto, que por los medios indicados se sabe que el enfermo A tiene dentro de la cavidad de la pleura un líquido fibrono-albuminoso, y el enfermo B una abundante coleccion de pus; esta certidumbre hará prever que el segundo de los supuestos enfermos está espuesto á mas graves accidentes, y sin embargo pudiera suceder muy bien que este salvase en fuerza de una terapéutica entendida, y el otro sucumbiese á pesar de todos los recursos del arte. ¿Por qué esto? La situacion del pulmon esplica la diferencia. Si en el enfermo A esa víscera ha sido relegada á la gotera costo-vertebral, y allí la aprisionan bridas inextensibles, nada importa que el derrame sea benigno si es *necesario*, si no se le puede extraer, si el desgraciado que lo lleva queda obligado á no respirar sino con un pulmon, y

espuesto á las terribles eventualidades de la descomposicion y absorsion del líquido que carga. En el segundo supuesto, el enfermo B puede salvar si evacuando el pus de su pleura el pulmon se despliega, abre al aire sus bronquios y vesículas, contribuye á la hematosis, y desempeña por último sus funciones fisiológicas, volviendo á ocupar el sitio que el Creador le ha designado.

Conocer, pues, si el pulmon puede ó no desenvolverse, despues de intentada la extraccion del líquido, es tanto como prever el desenlace; es tanto como adquirir esa ciencia de lo futuro, que en ocasiones rodea al médico de un prestigio sobrenatural. Véamos, por tanto, cuáles son los medios que nos pueden llevar á este conocimiento.

Los racionales, como la causa que dió orígen á la pleuresía, la idiosincrasia de la persona, el tiempo que lleva de enferma, etc., etc., etc., deben tenerse presentes, pero nunca bastarán para engendrar en el ánimo del observador la persuasion que solicita. El único recurso infalible, si puedo expresarme así, es el trocar. Hecha una puncion con este instrumento, la manera con que se escape el líquido indica el estado en que el pulmon se encuentra. Si el líquido sale perezosamente, como babeando y el aire atmosférico tiende á penetrar á cada inspiracion, por la misma cánula, puede asegurarse que el pulmon no se distiende, que el líquido que escurre solo sale porque las paredes torácicas recobran la posicion fisiológica que ha-

bian perdido por el derrame mismo; pero que llega un momento en que, ó interrumpe su salida porque la presion de la atmósfera en la cánula basta para contenerlo, ó escurre porque el aire entra á reemplazarlo en el lugar que ocupaba. Si al retirar el punzon de la cánula el líquido sale con facilidad, y por un tiempo largo pero á poco cesa de escurrir sin que esto se explique por obstruccion de la cánula, es de suponerse que el pulmon se distendió en parte, y en parte quedó adherido. Si el escurrimiento, por último, es franco, fácil, enérgico y constante hasta agotar el líquido encerrado, claro es que la expulsion de este líquido fué efecto de la dilatacion franca, fácil, enérgica y constante del órgano de la respiracion.

Concedo que aquí el diagnóstico sea á *posteriori* y sin mérito científico; pero que se me conceda en cambio toda la importancia que tiene la exploracion cuando el líquido no sale con franqueza y el aire tiende á penetrar á las pleuras, supuesto que tales hechos nos convencen de que el derrame es *necesario*, que de ahí no se puede extraer sino poniendo al enfermo en condiciones peores.

Llega á tal punto la dificultad de sacar el líquido contenido dentro de la pleura, que si se aplica el aspirador de Dieulafoy, y en virtud de grandes esfuerzos para mover al émbolo se obliga al líquido á venir á la bomba del instrumento, ese líquido sale sanguinolento, lo cual significa que la sangre del individuo tiende á salir de los conductos por

donde circula, para reemplazar la parte de la coleccion extraida. Ya se comprende todo el peligro que aparejado está con práctica tan imprudente.

Significa esto que el referido aparato es inútil, ó cuando menos de igual valor al trocar ordinario en la enfermedad que nos ocupa! Dios no lo quiera! Yo, por el contrario, siguiendo en esto el parecer de mi querido y respetado maestro D. Miguel Jimenez, le doy gran importancia; creo que lo estimamos en mas, á propósito de esto, que allende el Océano, y de él tendré que ocuparme cuando hable de los medios curativos. Lo que esto significa es que *contra los derrames necesarios el arte y aun la misma naturaleza son impotentes.*

Los derrames enquistados tienen por sus signos especiales el material suficiente para un buen diagnóstico; pero aun acerca de tales colecciones, siempre es preciso resolver los mismos problemas que acerca de los derrames totales, es decir, cuál es la naturaleza del líquido acumulado y cuál el estado en que se encuentra el pulmon.

El pronóstico se deriva del diagnóstico. Si el pulmon se desenvuelve, cualquiera que sea la naturaleza del derrame, la curacion es posible segun llevo ya escrito; pero si hay lugar á suponer que el pulmon es ya inútil, que está *carnificado*, la curacion es imposible: si el derrame es purulento, él

será causa del hecticismo que matará al paciente; si el derrame es seroso, podrá permitir años de vida á quien lo lleva, pero esa vida será fatigosa y tarde ó temprano aniquilada al fin.

Llego á mi punto objetivo: al tratamiento.

Me será necesario insistir aquí en la division que he establecido, y la cual comprende dos grandes grupos:

1º *Derrames simples*, aquellos en los que puede volver el pulmon, libre del derrame, á su situacion y funciones normales.

2º *Derrames necesarios*, los que, en virtud de encontrarse el pulmon físicamente imposibilitado para estenderse, son superiores á los esfuerzos del arte y de la naturaleza, y persisten hasta que el enfermo muere.

De unos y otros quiero poner algunos ejemplos que procuraré escojer entre los varios que tengo reunidos.

Derrames simples.

El 16 de Abril de 1872 entró á la sala de clínica interna, en el hospital de San Andrés, un enfermo llamado Manuel Lira, de temperamento sanguíneo, de edad media, de oficio carpintero, y del cual se recojieron los datos históricos siguientes: dijo que al amanecer de un dia experimentó bruscamente la impresion de un aire frio, á poco

de lo cual se sintió calosfriado, con un dolor agu-do en el costado derecho, calentura y tos. En el reconocimiento que se hizo de este enfermo, (prescindiendo de pequeños detalles) se le encontró: á la simple vista y por la mensuracion casi iguales ambos lados del pecho, siendo menos perceptible el movimiento asencional de las costillas en el lado afectado que en el izquierdo; á la percusion un sonido enteramente oscuro, macizo, que limitaba en su parte superior, al nivel de la 4ª costilla una línea curva de concavidad superior; arriba de este límite el sonido era claro; por la palpacion se advertia que las paredes del torax no vibraban, y entre el 7º y 8º espacio intercostal se encontraba una fluctuacion manifiesta. En toda la área en que el sonido era macizo faltaba la respiracion; y en el vértice del torax se oia la respiracion brónquica. El derrame era clásico.

El dia de su entrada tenia este hombre 90 pulsaciones por minuto y 37° y fracciones decimales de temperatura en la mañana; al caer el dia su pulso se elevó á 104 y la temperatura á poco mas de 38°

Se le ordenó un vejigatorio ámplio permanente al costado derecho, y ioduro de potasio al interior, con lo que fué mejorando dia á dia hasta el 23 de Setiembre, en que se le dió de alta.

Corresponde este hecho á esas pleuresías de marcha aguda y de forma franca, en las que los recursos médicos son vários y bastantes por sí so-

los para conjurar el padecimiento. Los revulsivos, es decir, los epispácticos, obran en casos de esta especie de un modo favorable tan perceptible, que no se comprende cómo es que hay prácticos que por sistema los rechazan de la terapéutica para combatir tales enfermedades. Me inclino á creer que tales medios, sin necesidad de otro auxilio, pudieran en ciertos casos triunfar de la pleuresía; pero como debemos huir de la exageracion contraria, como nuestra obligacion cerca de un enfermo es procurarle la salud por cuantos medios facilita la ciencia, como en terapéutica el único sistema aceptable es el ecléctico, al revulsivo agregaremos siempre los medicamentos internos que reclame la enfermedad por su carácter y quien la sufre por su idiosincrasia.

Paso á apuntar otro hecho que dibuja perfectamente un estado mas grave, curable sin embargo, sin apelar á medios quirúrgicos, teniendo presente la que llamaré una ley establecida en renglones anteriores.

El niño M.... cumplia en Febrero de 1868 dos años y medio cuando fué herido por una inflamacion en el vértice del pulmon izquierdo. A los 12 dias se le creyó sano; pero su abatimiento, sus incesantes quejidos, su respiracion difícil, la tos y un movimiento febril intermitente, despertaron en los padres, la idea de que esta criatura llevaba en sí el gérmen de una enfermedad que comprometia su vida. Consultaron con distinto fa-

cultativo de aquel que asistiera al niño en su pulmonía, y hay razones para creer que este otro se formó idea de que el enfermito lo era de tuberculósis. Este error de diagnóstico fundó, como es de suponer, una terapéutica que lejos de mejorar la situacion del paciente, dió tiempo á que fuera empeorando hasta llegar á un estado deplorable. Un nuevo facultativo se encargó entonces de la curacion del niño, y su diagnóstico fué: derrame completo de la pleura izquierda por pleuresía crónica. Ordenó un ámplio vejigatorio al costado enfermo, una medicacion alterante que tenia por base el ioduro de potasio y el ioduro de arsénico, y una buena higiéne. Al cabo de dos años de este tratamiento sostenido, el enfermito quedó tan sano que hoy que cuenta 7 años de vida, he tenido oportunidad de verlo perfectamente desarrollado, alegre y jugueton, sin tos ni fatiga, cuando se agita; en una palabra, sin otra lesion como vestigio de la enfermedad pasada, que una depresion de las costillas, cuya curva es 2 centímetros menos ámplia que las del lado derecho.

Se vé por este hecho que hay veces en las que la pleuresía, no obstante su cronicidad, es de tal naturaleza que no dá orígen á una secrecion organizable, sino solamente á un líquido que puede permanecer mucho tiempo dentro de la pleura sin atrofiar al pulmon, entraña que se desenvolverá cuando el líquido desaparezca por absorcion ó por que se le estraiga.

Acabo de usar dos palabras que me obligan á escribir otras á propósito de esa doble manera de hacer que desaparezca un derrame: la absorcion y la extraccion. Hemos visto con ejemplos bien claros que se puede favorecer la absorcion del líquido secretado por la pleura, aun despues de un tiempo largo, y este es sin duda el primer recurso á que se debe apelar por ser el mas inocente, aunque dilatado, y porque ahorra al enfermo el desagrado de una operacion; pero no siempre es posible que los revulsivos y el tratamiento general logren la curacion. En tales casos, y cuando hay lugar á suponer que el pulmon puede desenvolverse, necesario es apelar al trocar.

Tengo á la mano la historia de varios hechos suscritos por distintos observadores, todos los cuales vienen demostrando, así como las dos que llevo apuntadas, que en ciertas circunstancias la cánula aplicada en algun espacio intercostal ha dado salida al líquido hasta agotarlo y sin reproduccion de este en virtud del tratamiento instituido.

Conviene aquí asentar como una regla sin excepcion que siempre que el médico se resuelva á la toracentésis no se debe conformar con la evacuacion del líquido, sino que hará todos los esfuerzos posibles por modificar la superficie de las pleuras por los medios indicados, con objeto de que el derrame no se reproduzca.

El olvido de este importante precepto seria causa de que á la primera puncion se siguieran otra

y otras, repeticion que á la larga ocasionaria el hecticismo y la muerte por agotamiento, si antes algun accidente en el acto de la operacion, como por ejemplo la entrada del aire, no comprometia la vida del paciente por descomposicion del líquido y septihemia obligada.

Nada hay tan bello en nuestra práctica, y poco tan persuasivo ante el vulgo respecto á la importancia de la medicina como esos hechos, en los cuales se aplica el trocar á la pared del pecho, se extrae el líquido que tenia en angustia al enfermo, quien desde luego respira con libertad, y se inaugura un tratamiento médico que afianza para siempre el alivio conquistado en minutos; pero nada hay tan triste, nada que comprometa el arte á tan alto punto como la septihemia ó el hecticismo causados por la operacion cuando esta fué descuidada ó no se le auxilió con los medios convenientes.

He aquí los dos grandes peligros, los aterradores fantasmas que se levantan ante la imaginacion del práctico, *la septihemia y el hecticismo*, cuando sospecha que el derrame es necesario porque el pulmon se encuentra inutilizado. En efecto, en tales casos la toracentésis no solamente es inútil, supuesto que no es posible obtener por ella la evacuacion del derrame, sino que es á más altamente peligrosa, es decir, apresura la muerte de los enfermos por razones que todo médico concibe y que dejo ya apuntadas. ¿Qué hacer, pues, en casos de tal naturaleza? Ante un enfermo cuyo

pulmon es inútil, cuyo derrame plural es *necesario*, ¿nos cruzaremos de brazos para verlo morir con una agonía lenta y terrible, dejaremos que se lo lleve la muerte sin hacer un esfuerzo por salvarlo? Yo muchas veces he bendecido á la Providencia porque me permitió ejercer una profesion que marcha hácia el porvenir apoyada en la caridad; pero la série de satisfacciones tranquilas que constituyen la esencia de mi vida médica, ha sido no pocas veces interrumpida por el quejoso reclamo de esos desgraciados á quienes la fatalidad vá empujando hácia el sepulcro y hácia los cuales no puedo volar con auxilios eficaces.

Sé bien que, como yo, mis comprofesores han velado innumerables veces pidiendo á la ciencia recursos contra las enfermedades superiores, y por eso escribo mi "Tésis" ocupándome de una de estas. No les hablo de la conquista de un remedio que pondrá término á uno de nuestros motivos de inquietud y preocupacion; pero los llevo á un terreno donde el estudio tiene muchas zarzas que arrancar de raiz y algunas espigas que recojer.

Hago por tanto materia de un párrafo especial la terapéutica de los derrames obligados ó necesarios.

II.

Derrames necesarios.

Varios son los procedimientos que se han pues-

to en práctica con objeto de combatir los derrames necesarios. Haré breve historia de cada uno de ellos, permitiéndome las reflexiones que su descripcion me inspire.

1º *Punciones repetidas.* Ya he indicado en el párrafo anterior el modo con que deben ser practicadas, á fin de salvar el riesgo de que se introduzca el aire en el momento de retirar la cánula; agregaré aquí que siempre deben hacerse vistiendo el trocar con la camisa que aconseja Reybard, pues bien sabido es, y lo tengo ya apuntado, cuán fácilmente penetra el aire á las pleuras por el conducto que le proporciona la cánula.

Esta clase de punciones ademas de emplearse como medio explorador, van encaminadas úicamente á mejorar en lo posible la situacion en que se encuentran los enfermos, cuando una enorme cantidad de líquido distiende exageradamente las costillas, abate el diafragma, disloca el corazon y entorpece sus movimientos, rechaza el mediastino etc. etc. No es posible, ya lo tengo escrito, evacuar la coleccion pleural en su totalidad; pero sí lo es extraer la cantidad en exceso, lo que los franceses llaman el *trop plain*, en virtud de que los tejidos cuya elasticidad habia sido puesta á prueba por el derrame, reobran contra este en virtud de la misma elasticidad y lo obligan á salir por el conducto que el arte le proporciona.

Desde luego se concibe que esta puncion apenas tiene el mérito de aliviar pasajeramente. En

primer lugar, no extrae del líquido sino la cantidad en exceso, y en segundo, no impide la pronta reproduccion de lo extraido, volviéndose á hacer necesaria por segunda y por mas veces mientras el organismo puede luchar contra su propio deplorable estado:

Entre los apuntes que guardo, encuentro quince relativos á enfermos tratados por este procedimiento, y en todos ellos la muerte ha sido el resultado final despues de un tiempo mas ó menos largo, pero que siempre fué breve.

2º *Canalizacion.* Al tratar este punto debo recordar un hecho de práctica, aun cuando este recuerdo envuelva una repeticion. Siempre que al hacer una operacion de toracentésis penetra el aire á las pleuras, el derrame, seroso ó puriforme, se convierte en purulento, y el purulento sufre una especie de fermentacion pútrida que envenena la economía. El hecho es tan evidente que mas de una vez ha dado materia á algunos distinguidos prácticos para deplorar el suceso con expresiones tan enérgicas como si fuesen dictadas por el remordimiento; y sin embargo se ha intentado y llevado á efecto la canalizacion, porque no hay recurso que parezca malo cuando se procura salvar de la muerte á alguno de nuestros semejantes.

La canalizacion, tan ventajosa en los derrames enquistados, lleva indudablemente al pecho el aire atmosférico, supuesto que como se sabe, el tubo de goma elástica que finge un cedal, tiene en

diversos puntos de su longitud pequeños agujeros destinados á dar paso al pus; pero los prácticos se han preguntado: ¿no será que la septihemia consecutiva á la introduccion de una barbuja de aire produzca ese efecto porque no es renovada, porque se le encarcela dentro del pecho, y allí se le deja en contacto con la materia orgánica? Si así fuere, la libre circulacion del aire dentro de la cavidad pleural no causaria los mismos trastornos, y en consecuencia mejor que oponerse á su introduccion es facilitar el que entre y salga con libertad.

Quizá en esta teoría se funda la canalizacion; pero cuán distintos son los efectos prácticos á lo que especulativamente se esperaba de este procedimiento! Hé llevado en el hospital historia de varios enfermos en quienes se ha empleado este recurso quirúrgico, y en todos, á pesar de una medicacion general, sábia y sostenida, la última palabra de la observacion ha sido la muerte por septihemia.

Sé de algunos otros profesores, y aun conservo en mi poder varios de sus apuntes, que siempre que han empleado la canalizacion en los derrames obligados, el medio les ha sido contraproducente.

Queda, pues, asentado que el procedimiento que generalizó Chasaignac es detestable en las colecciones torácicas, en que el pulmon no funciona.

3° *Canalizacion con válvula.* Al Sr. Carmona y Valle se le ocurrió hace algun tiempo insistir en la canalizacion; pero haciéndola de tal suerte que el

aire no pudiese penetrar y el escurrimiento del líquido fuera lento é incesante. Creyó que llenaria sus deseos una sonda comun de goma elástica, á cuyo estremo libre se afase un pedazo de intestitino como recomienda Reybard para el trocar, y aplicó su procedimiento á un enfermo de la Clínica. Extractada esta historia, dice en su parte esencial que á un jóven como de 28 años de edad y albañil de profesion, en quien se diagnosticó un pio-torax consecutivo á una pleuresía sufrida un mes antes, se le hizo una puncion por el 7º espacio intercostal, donde se percibia fluctuacion, y por la herida hecha con el trocar se le introdujo una sonda de goma elástica provista de la mencionada camisa bastante larga para que su estremo libre entrase á una vasija que se colocó á cierta distancia, con objeto de que el enfermo se pudiera mover libremente. El líquido salia, pero en cantidad muy corta, y solo cuando se obligaba al enfermo á hacer algun esfuerzo, de tal suerte que á las 48 horas, viendo que el nivel de la coleccion se conservaba á la misma altura; esto es, al nivel de la 2ª costilla por delante y de la espina del homóplato por detrás, se extrajo la sonda, temiendo y con razon, que con su presencia ulcerase los tejidos y el aire se filtrara por entre la sonda y la herida.

Juzgando por lo escrito precedentemente, se puede decir, á propósito de este hecho, que el resultado de la modificacion á la toracentésis ideada

por mi buen amigo el Sr. Carmona, debia de ser. ó que el líquido escurriese con desembarazo y hasta agotarse, si el pulmon se desenvolvia, y en tal caso la sonda de goma elástica vendria á ser poco mas ó menos semejante al trocar de Reybard; ó que el líquido permaneciera dentro de la pleura si el pulmon estaba adherido, supuesto que la sonda por sí misma, por su sola presencia, en ningun caso tendria la virtud de romper directa ó indirectamente las membranas organizadas.

Haré caber en este grupo un medio que no es del arte sino de la naturaleza. En una enferma que asistia el Sr. Montaño, y vió en consulta mi maestro el Sr. Jimenez, la piel del torax se ulceró, pero con la particularidad de que la ulceracion era el último término de un trayecto fistuloso fabricado por el pus contenido dentro de las pleuras, y ese trayecto era por su forma semejante á un tubo de seguridad. La sábia naturaleza hizo aquí lo que los médicos han venido procurando empeñosamente años há, es decir, facilitó al pus una vía de salida, negando al mismo tiempo la entrada al aire atmosférico. El hecho era tan perceptible que cada vez que la enferma respiraba, tosía, ó hacia algun otro esfuerzo, salia por la fístula una pequeña cantidad de pus, y cuando inspiraba la piel se hundía obturando la abertura.

Un hijo de nuestra Escuela, el Sr. Hernandez, sabedor de este hecho, inventó un pequeño aparato verdaderamente ingenioso, en el que por un

juego de válvulas puede salir el líquido que se pretende extraer, sin riesgo de que lo sustituya el aire. Yo no sé que lo haya aplicado á ningun enfermo, pero sé que lo ensayó con buen éxito en animales, á los que ocasionaba un hidro-torax artificial. Allanaría este aparato la gran dificultad con que venimos tropezando? Yo no lo creo; á mi entender su papel y su importancia es enteramente semejante al trocar de Reybard y á la sonda de Carmona y Valle. Será mas ingenioso en su mecanismo, podrá suceder que se oponga mas eficazmente á la penetracion del aire; pero ni puede extraer el líquido en casos de retraccion pulmonar, ni puede permanecer indefinidamente en el torax porque ulceraría los tejidos, entraria el aire, y en este caso seria ya inútil su ingenioso mecanismo.

La enferma del Sr. Montaño inspiró á los Sres. Jimenez, Carmona y Valle, Liceaga y Rodriguez, á operar una enfermita que pertenecia á este último, imitando á la naturaleza. Tengo en mi poder la observacion escrita por el Sr. Rodriguez, en la que refiere el manual operatorio que dió por resultado una herida en zig-zag que daba pus de buena naturaleza, y por su propia forma se oponia á la penetracion de ese enemigo fluido que tanto nos preocupa. Esta operacion, auxiliada por un tratamiento general irreprochable, hizo esperar por algun tiempo el alivio definitivo de la paciente, en razon de que el pulmon se iba desenvolviendo;

pero por desgracia un abceso hepático y un trabajo ulcerativo en la herida que de sinuosa pasó á ser directa, causaron la muerte de la enfermita.

Diré aquí, á propósito de la introduccion del aire que tantos y tan fundados temores nos inspira, que á mi juicio los esfuerzos de los médicos no se deben dirigir á inventar aparatos ó practicar punciones, de modo que el fluido atmosférico no pueda escurrirse á la cavidad del pecho, sino á idear el modo de devolver al pulmon su permeabilidad fisiológica. Entra el aire á las pleuras por que el pulmon no se dilata, que si se dilatara él mismo iria llenando el espacio que ocupaba el líquido, é impidiendo á la vez con su presencia la penetracion del otro elemento. En una palabra, el punto de mira en esta terapéutica quirúrgica debe ser siempre el pulmon; al medio que se proponga para lograr el deseado objeto, podrá y deberá ir siempre anexa la precaucion de evitar el peligro de que el aire se introduzca, pues habrá veces en que este agente de descomposicion obre tan rápidamente que no dé tiempo á que obre el medio ó agente terapéutico que se encamina á romper las ataduras pulmonares.

4ª 5ª *Incision franca del espacio intercostal.* La idea de que el pus se descompone en caso de que el aire penetre, porque este no se renueva, conduce naturalmente á la de abrir ampliamente un espacio intercostal, para dar franca salida al derrame, y permitir la libre comunicacion atmosférica. Hay

algunos hechos que hasta cierto punto militan en favor de este procedimiento. Recuerdo, entre otros, el de un individuo, que en el hospital de San Pablo, se encontraba en estas condiciones cuando yo estaba al servicio de aquel establecimiento en calidad de practicante, y al cual se le hacian diariamente inyecciones iodadas dentro de las pleuras, con objeto de modificar la superficie de estas serosas. No me es dable publicar hoy el hecho con sus pormenores, porque no tengo apuntes que me los recuerden; pero sí puedo asegurar que este individuo vivió un tiempo muy largo en comparacion del que viven aquellos á quienes el trocar mete una pequeña cantidad de aire y este queda allí sin renovarse hasta que llega la muerte.

En otro enfermo de pio-torax, un tejedor llamado Pedro Yañez, que fué puncionado varias veces en el hospital de San Andrés, y en quien se encontró el trocar del todo impotente para aliviar la angustia en que el exceso del derrame tenia al paciente, el Sr. Jimenez se decidió á usar del bisturí abriendo con él ámpliamente la cavidad del torax por el 8.° espacio intercostal. Esta herida dió paso á un torrente de pus que por lo pronto alivió al enfermo de la ortofnéa en que se hallaba; pero por desgracia su agotamiento era tal, que aun cuando se hizo lo posible por tonificarlo y se le prescribieron inyecciones en que intervenia el ácido fénico, pasó á las pocas horas de su cama al anfiteatro, donde su cádaver nos patentizó que la

curacion era imposible, porque el pulmon estaba carnificado, porque ya no era pulmon.

Sin duda que si la historia que precede á esta, halaga un tanto al clínico que sabe todo lo difícil, lo imposible que es en la práctica hacer algo en beneficio de quienes llevan *fatalmente* en la pleura una coleccion líquida, el resultado de la de Pedro Yañez, mata toda esperanza. Sin embargo, quiero confesar aquí que aún no me doy por vencido, que el éxito de Yañez no me obliga á deponer para siempre el bisturí, en razon de que el catedrático de clínica lo hizo obrar cuando ya el enfermo era casi un cadáver. Aquel hecho que presencié en el hospital de San Pablo, y que vive en mi memoria con formas espresivas aunque toscamente dibujadas, despierta en mi cerebro ideas que me resisto á sofocar violentamente porque engendran una esperanza, porque quieren persuadirme de que en casos de derrame obligado si no se puede curar, sí al menos prolongar los dias del paciente, resultado que es muy grande en estos tiempos en que la caridad y la civilizacion que es su hija, nos prohiben precipitar á los hombres inútiles desde la roca de una conmisceracion mal entendida al abismo de la muerte.

5.° *Recursos modificadores.* El 19 de Julio de 1869 emitió el Sr. D. Juan M. Rodriguez en el seno de la Sociedad Familiar una idea que quiero recordar, aun cuando su autor no ha procurado encarnarla. Decia el Sr. Rodriguez: "Una vez diag-

nosticada cuál sea la naturaleza del derrame y cuál el estado en que el pulmon se encuentra, si resulta que el derrame es necesario, dos son las indicaciones terapéuticas: 1ª Sustituir el derrame por algun elemento inofensivo: 2ª Modificar las superficies supurantes de la pleura.—La experimentacion enseña que siempre que una herida está bajo la influencia del ácido carbónico ó del protóxido de azote cicatriza por primera intencion, y supura cuando se la deja bajo la influencia del aire.—Fundado en este hecho, pienso mandar construir un trocar de mecanismo semejante al de las sondas de doble corriente, y arreglado de tal modo que por una de las cánulas salga el líquido que forma la coleccion torácica, y por la otra penetre una inyeccion de ácido carbónico.—Veremos si la práctica confirma lo que la teoría tiene de racional y de bueno."

Repito que no sé si el Sr. Rodriguez cuenta ya con algun hecho que hable en pró ó en contra con la autorizada voz de la práctica.

En la misma época en que el Sr. Rodriguez ideaba su aparato, mi juicioso y distinguido amigo Manuel Carmona y Valle proponia agregar á la canalizacion irrigaciones incesantes con agua privada de aire por la ebullicion.

Ignoro tambien si ha llevado su idea al terreno de los hechos.

El Sr. Dominguez me ha dicho: supuesto que la introduccion del aire á las pleuras es fatal, proba-

blemente porque los elementos estraños de que es vehículo aquel fluido obran sobre el líquido encerrado como un fermento de putrefaccion, ¿no seria prudente, en los casos en que el práctico se resuelva por la incision franca, empacar la herida con algodon para que el aire entre filtrado? Quizá los bacterios y bacteridios, cuya existencia ha sido demostrada por Pasteur, ó tal vez algun otro micrófito ó microsoario que nos sea desconocido, son los agentes que por accion remota, causan la septihemia, y no los elementos constituyentes del aire atmosférico.

A la experimentacion toca resolver este punto

6º *Puncion y aspiracion.* No describiré el precioso instrumento cuya invencion se debe á Dieulafoy, por ser ya muy conocido; diré únicamente que es un trocar al que va adaptado un cuerpo de bomba en el que por medio de un émbolo se hace el vacío; y diré tambien que si en alguna situacion patológica está llamado á representar un papel importante, es precisamente en estos casos de toracentésis en que la aspiracion extrae mas fácilmente que el trocar simple, el exceso del derrame, y puede, como diré mas adelante, obligar al pulmon á que luche contra sus ataduras, y las venza al fin en todo ó en parte.

Bosquejaré la historia de un enfermo que se presta á consideraciones muy bellas, porque despiertan una esperanza á propósito de esta situacion,

que consideramos superior á nuestros recursos actuales.

El 8 de Febrero del presente año ocupó el número 28 de la Sala de Clínica interna Antonio Bailon, natural de Morelia, de 24 años y de antecedentes sifilíticos indudables. Hacia poco mas de un mes que este enfermo habia padecido una pleuroneumonía del lado izquierdo, y de ella quedaba como terrible vestigio un derrame en el mismo costado, tan abundante, que en la parte anterior y superior del pecho, bajo la clavícula, el abovedamiento de los espacios intercostales 2º, 3º, y 4º, formaba una verdadera giba que el cyrtómetro confirmaba dando una diferencia de 4 centímetros respecto del lado sano; las costillas estaban inmóbiles; la punta del corazon se oia bajo la tetilla derecha. Macicez, falta de vibracion, de respiracion, en todo ese lado. El termómetro acusaba una temperatura de 38º 05, y el pulso latía 108 veces por minuto.

Con objeto de averiguar el estado en que se encontraba el pulmon, hizo el Sr. D. Miguel Jimenez una puncion ante los alumnos, y por ella obtuvo 250 gramos de un líquido puriforme que en los primeros momentos salió con facilidad, pero á poco fué disminuyendo hasta cesar del todo. La evacuacion de esa corta cantidad de líquido bastó para que la giba desapareciera; pero la percusion y la auscultacion revelaron que la cavidad de la pleura quedaba perfectamente llena

desde la cúspide hasta la base. El 15 del mismo próximo pasado Marzo, repitió el sabio clínico la puncion, pero obrando esta vez con el aspirador de Dieulafoy. Sacó este instrumento 3.000 gramos de pus, y no mas por haberse observado que el líquido que extraía con dificultad comenzaba á presentarse sanguinolento, se extrajo la cánula y encontramos por la percusion que el sonido era claro desde la clavícula hasta la 4ª costilla, y por detrás desde el vértice hasta un poco abajo de la espina del omóplato, prolongándose hácia la base del torax por cerca de la columna vertebral en una faja como de 6 centímetros (1).

En los demas puntos la oscuridad era absoluta. Los signos dados por la auscultacion estaban en perfecto acuerdo con los ministrados por la percusion: respiracion áspera, brónquica, donde el sonido era claro, y faltaba donde el sonido fué macizo. El corazon habia recobrado casi su situacion fisiológica.

Tres dias despues el derrame se habia reproducido y alcanzaba hasta la 3ª costilla. Nueva puncion con el aspirador Potain la cual dió 1500 gramos de pus é hizo que el pulmon volviese á bajar hasta la 4ª costilla.

Se insistió en las punciones con el aspirador Potain, y se obtuvieron:

(1) Por la puncion simple no se hubiera extraido la cantidad que salió, fué preciso para ello, emplear el aparato de Dieulafoy, cuya fuerza de aspiracion venció la resistencia que se oponia á la dilatacion parcial del pulmon.

1500	gramos	el 26 de Febrero	(4ª puncion.)
2000	„	el 5 de Marzo	(5ª „)
2000	„	el 15 de „	(6ª „)
2250	„	el 23 de „	(7ª „)

En las dos últimas operaciones al sacar la cánula se precipitó al interior algun aire, á pesar de la oblicuidad forzada de la puncion.

Las cinco primeras dieron un resultado idéntico, el nivel del líquido bajaba á la 4ª costilla para ascender, pasado algun tiempo hasta la 3ª

El 15 de Marzo advertimos en la parte anterior, entre la 2ª y 3ª costilla un tumor subcutáneo, fluctuante como de cinco centímetros de diámetro que se deprimia hasta convertirse en hundimiento cuando se extraia el líquido y se reproducia luego que la cavidad torácica se llenaba de nuevo. Esto nos indicó que el espacio intercostal se habia perforado en aquel punto, y la presuncion era tanto mas verosímil cuanto que el aire que entró en las dos últimas punciones vino á alojarse en aquel divertículo determinando un ruido de gárgara perceptible cuando se percutia ó comprimia el tumor.

El 23 de Marzo al verificarse la puncion por el 9º espacio intercostal advertimos en una cicatriz de las anteriores punciones una especie de pústula en cuya base la piel se encontraba roja y empastada.

Es triste confesar que el decidido empeño que se ha tenido por el alivio de este enfermo, á pe-

sar de la aplicacion de un vejigatorio desde la segunda puncion, no ha sido coronado con un éxito lisonjero. Su constitucion se ha ido deteriorando de dia en dia, no obstante el plan antisifilítico y analéptico sostenido desde el principio; la calentura no era alta, rarísimas veces subia á 40° por las noches. Diré por último, que una cicatriz de las punciones se ulceró y daba pus sin que por fortuna hubiera penetrado el aire por allí (1).

Este hecho, tal como se nos ha presentado, basta para abrigar fundadas esperanzas de que en mejores circunstancias, antes de que las falsas membranas sean invencibles pueden estas romperse por medio de la aspiracion para que la entraña comprimida se dilate y todo vuelva al órden normal Así lo creo, así lo espera el catedrático de clínica interna, y esta fé y esta esperanza confirman lo que aseguraba en pájinas anteriores, esto es, que en México hemos comprendido mejor que en Europa todo el porvenir del aspirador inventado por M. Dieulafoy.

(1) Murió el 10 de Abril.—Inspeccion á las 24 horas.—Toda la cavidad pleural izquierda, llena de pus flegmonoso. La pleura costal forrada de falsas membranas espesas y resistentes. El pulmon retraido, adherido íntimamente al mediastino, reducido á una hoja de cuatro centímetros de espesor, carnificado, menos la mitad alta del lóbulo superior que cedió á la insuflacion; el borde inferior de este se prolongaba en forma de lengüeta de cinco centímetros de ancho, dos de espesor y se insertaba á la pleura parietal, que tapizaba el 3º anterior de la 3ª costilla. Las falsas membranas que envolvian al pulmon, fibrosas resistentes á un alto grado. El diámetro transverso de esta cavidad, cinco centímetros menor que el del lado derecho. Pericarditis adesiva....
Alteraciones sifilíticas en el bazo y páncreas....

III.

Hasta aquí la breve narracion de los esfuerzos que en la órbita de lo posible han emprendido y se proponen los prácticos; diré ahora que la naturaleza por su parte suele no quedar inactiva, que ella tambien en circunstancias dadas, procura devolver al organismo la suma de condiciones que requiere para funcionar con perfecta regularidad.

Ya he hablado antes de algunos de esos esfuerzos de la naturaleza medicatriz; ya he dicho que suele convertir los derrames purulentos en simples hidrotorax por medios misteriosos que debiéramos sorprender mas para imitarlos; dije tambien cómo á veces se abre paso el derrame perforando la pared del pecho siguiendo un trayecto sinuoso; agregaré, por último, que en otras ocasiones dá salida al pus por el pulmon mismo, estableciendo una fístula pleuro-brónquica.

Apropósito de este fenómeno, y haciendo punto omiso de todo lo relativo á sus signos, diré que esta fístula, dá lugar á un triple efecto, á la evacuacion del pus por los bronquios, á la introduccion del aire á las pleuras para sustituir aquel, y á que el pulmon acabe de retraerse como lo haria una vejiga elástica llena de aire que se perforara por algun punto.

Las condiciones vienen á ser idénticas á las apuntadas apropósito de los derrames que por una

puncion ó fístula quedan en comunicacion directa con el aire exterior; en uno y en otro caso, hay dentro de la cavidad de la pleura un líquido mas ó menos abundante, aire en volúmen inverso al de la coleccion, y un pulmon inútil ó cuasi inútil; siendo las condiciones las mismas, idénticas debieran ser las consecuencias, y sin embargo son notablemente diversas. En el primer caso ya dije que del contacto del líquido y del aire, resulta la rápida descomposicion del primero y envenenamiento séptico consecutivo á la ab-sorcion de las materias descompuestas; en el segundo, no sobreviene este envenenamiento, falta la septihemia con su terrible cortejo de síntomas En el primer caso, el enfermo muere al cabo de un tiempo que es siempre muy corto; en el segundo, lucha por muchos dias, y aun meses y sucumbe con la lentitud que caracteriza al hecticismo. Por qué esta diferencia tan notable? De qué medios se sirvió la naturaleza para dar mas dias de vida á un individuo que es ya presa de la muerte?... Para llegar á la interesantísima resolucion de este problema, los observadores (1) han recojido y analizado el aire de las pleuras en caso de fístula pleuro-brónquica, y lo han encontrado falto de oxígeno. El hecho debiera servir de norma á quienes como los Sres. Carmona y Rodriguez, piensan sustituir con un elemento ino-

(1) Davy, Martin Solon, Grisolle.

fensivo al aire que penetra al pecho cuando se extrae el líquido de un derrame necesario.

En los libros clásicos se asienta como una doctrina, que cuando se forma la fístula pleuro-brónquica, el hueco que deja el pulmon al retraerse es llenado por las costillas que se hunden, por el diafragma que se levanta y por los mediastinos que vienen al encuentro de aquellos órganos. Créome con datos bastantes para asegurar que tal aserto no pasa de una idea especulativa, que por desgracia se aleja mucho de la verdad. Tengo á la vista catorce observaciones sobre hechos de esta especie, y en todas ellas encuentro que los individuos á quienes se refieren han muerto en el hecticismo mas acentuado, lo que significa que el derrame ha persistido, ó lo que es lo mismo, que en ninguno de esos enfermos se ha realizado el fenómeno de que antes se ha hablado imposible en las vastas colecciones.

En los derrames enquistados, cuando el espacio que comprenden no es muy vasto, el fenómeno es posible, ya lo he dicho en la primera parte de este escrito.

IV.

Debemos entender por derrame enquistado aquel en que un líquido cualquiera, contenido dentro de la cavidad torácica, queda aislado de los órganos vecinos, y obligado á ciertos límites por fal-

sas membranas que le forman una bolsa en todo comparable al quiste.

El pulmon, ó por mejor decir, parte de esta entraña, contribuye á la formacion del quiste, y sufre las consecuencias de la compresion causada por el líquido; pero si se extrae este puede desenvolverle y recobrar su posicion y funciones fisiológicas.

Hay veces en que el derrame es insuficiente para llenar toda la cavidad de la pleura y no es enquistado, es decir, no le limita una membrana de formacion nueva y deja al pulmon libre y flotante. Estos derrames parciales, efecto de una hipersecrecion de la pleura motivada á veces por la perturbacion fisiológica de algunos órganos importantes (lesiones del corazon, de los riñones, del hígado, etc.), son por lo comun serosos, cambian un poco de nivel con las diversas posiciones que puede tomar el enfermo, y como accidente local son benignos, desaparecen con la causa que los motiva, ó por la toracentésis.

No sucede lo mismo en los derrames enquistados. En estos el líquido puede ser fibrino-albuminoso, puriforme ó purulento, en razon de que lo determina una flegmasía de la serosa, su nivel no cambia en manera alguna haciendo mover al enfermo, y es siempre un accidente que deja como huellas de su paso, ó la inutilizacion de una parte mas ó menos esterna del pulmon, ó las bridas fibrosas entre las hojas de la pleura, ó colec-

ciones fibro-plásticas tan abundantes como el derrame mismo, ó una deformacion del esqueleto mas ó menos acentuado. En una palabra, en los derrames enquistados se vé en pequeño lo que en los derrames generales, que han sido objeto de mi estudio en los párrafos anteriores: los mismos signos reveladores, la misma marcha y un modo de terminar análogo; pero sus consecuencias son siempre mucho menos graves, supuesto que en aquellas el pulmon queda inútil y en los enquistados esta víscera resulta afectada solamente en una pequeña porcion.

Admitiendo como es forzoso la analogía establecida, ella conduce á suponer que los recursos terapéuticos deben ser análogos, si no los mismos; y en efecto es así. La puncion, la canalizacion, la aspiracion, etc., son recursos á los que de continuo apela el práctico con mucha mas ventaja cuando es llamado á combatir estos accidentes.

Muy á la ligera, para no insistir en repeticiones inútiles y por inútiles cansadas, hablaré de algunos de los procedimientos que he visto poner en práctica, y de los esfuerzos que hace la naturaleza en circunstancias dadas para llegar al mismo fin que se propone el médico.

Puncion: Pondré como ejemplo una observacion que me proporcionó mi recomendable amigo el Sr. Liceaga. Dice á la letra ese documento:

"El Sr. D. J. V., de mas de 45 años, de buena

constitucion y habitualmente sano, padeció en el año pasado una pleuresía aguda que puso en grave peligro su existencia. Al declinar la enfermedad, aparecieron accidentes por parte del intestino, y mas tarde, cuando estos se moderaron, la fiebre héctica hizo sospechar que el derrame consecutivo á la inflamacion pleural se convertia en purulento.

"Los Sres. Martinez del Villar, D. Luis, y Córdova, asistian al enfermo, y llamaron en consulta al Sr. Jimenez D. Miguel y al que esto escribe. Pudimos cerciorarnos de que existia un derrame libre en la pleura izquierda; se extendia por la parte posterior, desde la espina del omoplato hasta la base, y por delante desde la tetilla izquierda hasta el borde de las costillas, formando en su parte alta una curva de concavidad anterior y superior. En el 9º espacio intercostal, hácia atras, habia un punto mas francamente fluctuante que los demas; se eligió este para hacer la puncion que debia confirmar la naturaleza del líquido derramado y el estado de permeabilidad del pulmon. Introduje el trocar del aspirador de Dieulafoy y salió un chorro de pus de buena naturaleza; cuando la corriente se hizo mas lenta se aplicó la bomba del aspirador, y se obtuvieron de estas dos maneras 150 gramos de pus. Examinado despues el torax por la palpacion, la percusion y la auscultacion, nos convencimos de que el pulmon habia bajado *casi* hasta el lugar en donde se hizo la pun-

cion. Se aplicó un vendaje moderadamente ajustado, y se recomendó una alimentacion sustancial.

"La operacion completó el diagnóstico; el derrame era purulento, pero el pulmon no estaba inutilizado; luego la curacion era *posible.*

"Diez dias mas tarde los signos físicos y fisiológicos nos demostraron que el derrame se habia reproducido, y practicamos una nueva puncion. En esta vez se presentó un incidente que no quiero omitir: introduje el trocar en el punto en donde era mas ámplia la separacion de las costillas y mas evidente la fluctuacion; tuve la conciencia de haber entrado en el foco, y sin embargo el líquido no salió; el Sr. Jimenez introdujo un estilete y sintió un obstáculo que cedia, pero que no daba paso al líquido. Me aconsejó que aplicara la bomba del aspirador y saltó el pus. Se extrajeron otros 150 gramos; el pulmon se extendió de nuevo, y examinando el líquido y el trocar nos pudimos dar cuenta del incidente: al penetrar el trocar se encontró una falsa membrana, la empujó delante de sí y no la pudo perforar; se aplicó el aspirador y este venció la resistencia, absorviendo la falsa membrana y permitiendo la salida del pus. Se aplicó nuevo vendaje.

"A los diez dias examinamos al enfermo y encontramos el pulmon en la situacion que tenia despues de la última toracentésis: el derrame, si aun persistia, se enquistó, ó tal vez el espacio á

donde ya no pudo llegar el pulmon se llenó con la produccion de falsas membranas, que se organizaron mas y mas y que han asegurado la curacion, pues el Sr. V. ha recobrado completamente la salud y ha vuelto á entregarse al cuidado de su clientela."

Canalizacion: Conocidas son las observaciones que corren impresas en nuestra Gaceta médica. La primera, suscrita por el Sr. D. Domingo Calderon, se refiere á un derrame enquistado en el costado derecho de una mujer, en quien se practicó la canalizacion y se hicieron inyecciones iodadas que obtuvieron la curacion completa en el transcurso de 2 meses. La segunda, pertenece al Sr. Villagran, y es relativa á un niño de dos años que se encontraba en circunstancias análogas á la enferma del Sr. Calderon, y que como esta curó en 58 dias por la canalizacion é inyecciones iodadas.

Agregaré otra observacion: el niño Z. . . de edad de 9 años, vigoroso y robusto; despues de una pleuroneumonia pasaba por tuberculoso y era medicinado como tal, hasta que un diagnóstico mas perfecto reveló que la enfermedad era un vasto derrame en la pleura izquierda. Se hizo la puncion para perfeccionar el diagnóstico, y ella confirmó que el derrame era enquistado. Se practicó entonces la canalizacion, y merced á este recurso, el niño mejoraba aunque con lentitud por encontrarse en condiciones fatales; pero al cabo de once

meses de fundadas esperanzas, sucumbió al noma ó cáncer acuático.

Tengo datos de otro hecho que deseo apuntar, por ser importante bajo otro punto de vista. Una señora que asistió el Sr. Revueltas de una pleuresía circunscrita, y á la cual quedó como consecuencia un derrame enquistado, fué puncionada por su médico y muy mejorada despues de la operacion; pero al cabo de algunos dias la cicatriz que dejó el trocar se ulceró, estableciéndose una fístula que puso al foco en comunicacion inmediata con el aire atmosférico. Visto esto, el Sr. Revueltas se resolvió á aplicar, y aplicó con buen éxito, un tubo de canalizacion por el que hizo inyecciones iodadas hasta la curacion completa. Mi amigo el Sr. Liceaga, que vió á la enferma en sus dias de peligro y cuando se encontraba ya casi sana, me dice que el hecho no puede ser mas elocuente en favor de la canalizacion, ni mas expresivo para mostrar hasta donde llegan los esfuerzos curativos de la naturaleza, pues fácil fué observar la mejoría tan notable que se alcanzó despues de puesto el tubo, y cómo las costillas se fueron hundiendo para llenar con su presencia el hueco que dejaba la coleccion.

Para mí, tiene importancia este hecho, porque demuestra hasta la evidencia que en los derrames enquistados es posible aun en los adultos, la deformacion del esqueleto, para impedir que el derrame se haga necesario; y porque corrobora lo

que la canalizacion indica desde luego á un espíritu observador; esto es, que en los derrames parciales no es tan peligrosa la introduccion del aire como lo es en los que comprenden toda ó casi toda la cavidad de la pleura.

Mas ó menos semejantes á los tres hechos que acabo de referir, tengo historia de otros muchos observados en el hospital del San Andrés; pero el aglomerarlos sería superfluo. Bastan, en mi concepto, las apuntadas para demostrar cuán posible es la curacion y el modo con que la naturaleza ayuda al práctico para realizarla. Agregaré aquí, á propósito de esto, que el hundimiento de las costillas tan perceptible, particularmente en los niños, es favorecido por una especie de torcion de esos huesos, en virtud de la cual su cara externa se hace inferior. Este movimiento tan ingenioso, si se me permite la expresion, acorta el camino que deben andar los huesos en una extension igual á la que mide la anchura de ellos mismos. Nunca nuestros *sabios* recursos hubieran conseguido esto que tan admirablemente consuma la naturaleza.

Aspiracion: En los derrames enquistados, como en cualquiera otra coleccion patológica, el aspirador es de una útil aplicacion; debo decir, sin embargo, que á mi modo de ver el porvenir de ese instrumento no es tan bello en su aplicacion á las colecciones circunscritas, como figurando contra las que ocupan toda la cavidad de la pleura. La

razon es obvia: en los derrames enquistados acabamos de ver que bastan las punciones simples ó la canalizacion para curar al enfermo; y en páginas anteriores vimos cuán inútil es este como los otros recursos contra los derrames necesarios y totales, y que solo la aspiracion en tiempo oportuno funda alguna esperanza de curabilidad.

Debiera seguir recorriendo los otros recursos quirúrgicos que he tocado en la segunda parte de mi escrito; pero encuentro esa tarea inútil, supuesto que la puncion, la canalizacion y la aspiracion, bastan para que el médico triunfe en los casos que comprende esta última parte de mi trabajo.

En resúmen, y para terminar, procuraré reducir mi escrito, que temo parezca demasiado largo, á las siguientes

Conclusiones.

1ª En los derrames de pecho no basta para el diagnóstico conocer que existe un líquido en las pleuras; se necesita ademas determinar la naturaleza de este y el estado ó circunstancias en que se encuentra el pulmon.

2ª Para conocerlo con toda seguridad, es necesario una puncion con el trocar, evitando la entrada del aire, la cual dará desde luego la primera demostracion, es decir, de la naturaleza del líquido.

3ª Si hecha esta operacion, sale todo el líqui-

do, no hay tendencia del aire á precipitarse, y la auscultacion y percusion revelan que el pulmon se ha destendido en totalidad, el derrame es curable.

4ª Si por el contrario, solo se obtiene la demasía del líquido, el aire tiende á precipitarse por la cánula, y el pulmon se desenvuelve muy poco ó nada: el derrame es de necesidad y por lo mismo incurable.

5ª Si el pulmon no se dilata espontáneamente, ni el aspirador puede á ello obligarlo, es incurable.

6ª El tratamiento está basado en el diagnóstico: cuando el pulmon se dilata completamente, el medio esplorador, la puncion, se convierte en curativo, ayudado de los revulsivos y demas medios apropiados.

7ª En los derrames totales de necesidad, la canalizacion es perjudicial porque es causa de septihemia.

8ª La abertura ámplia de un espacio intercostal no cuenta hechos favorables.

9ª Los derrames enquistados son de pronóstico menos grave; cualquiera de los medios recomendados se puede emplear con ventaja; la curacion es posible.

10ª En los derrames enquistados, se puede tener esperanza de que las costillas se depriman para alcanzar la curacion perfecta, especialmente

en los niños; pero en las grandes colecciones este resultado es imposible.

11ª La introduccion del aire en las grandes colecciones, trae como consecuencia necesaria la septihemia; en las pequeñas este fenómeno no es tan grave.

